

極秘

秘密

被保険者についてご記入をしてください。



審査	入力	一次	二次	発送

被保険者証の記号及び番号		記号 2312	被保険者の氏名 健保 太郎 (印)		性別 男・女	配偶者の有無 有	被保険者の生年月日 62年8月13日
資格取得年月日		昭和 平成 令和 29年1月1日	被保険者の標準報酬月額 360 千円		被保険者の住所	被扶養者の住所	
性別	続柄	(フリガナ) 被扶養者氏名 ケンボ ハナコ		被扶養者の生年月日	職業	配偶者の有無	同居・別居
男・女	子	(氏) 健保	(名) 花子	昭和 平成 令和 2年1月1日	無職	有・無 無	同居・別居 同居
個人番号		記入不要		備考		年間収入額 (給与・年金等)	雇用保険の受給の有無
男・女	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日	同居・別居	年 月 日	受給中・受給予定 受給しない・受給終了
個人番号		備考		備考		年間収入額 (給与・年金等)	雇用保険の受給の有無
男・女	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日	有・無 無	同居・別居	受給中・受給予定 受給しない・受給終了
個人番号		備考		備考		年間収入額 (給与・年金等)	雇用保険の受給の有無

○ワンポイント
平成31年4月1日就職なら
平成31年4月1日が
被扶養者でなくなった日になります。



被扶養者についてご記入をしてください。

お願い！！
○記入誤りがないか再度ご確認ください。
○被保険者証を必ずご添付して下さい。

事業所所在地	〒000-0000 横浜市00区00町
事業所名称	00病院
事業主氏名	00 00
電話番号	000 (000) 0000



・被扶養
紛失な
・学校名
・個人番

社会保険労務士記載欄

年 月 日 提出

(印欄：任意継続被保険者による届出の場合は記入不要です。)

受付日付印